

() 通所リハビリテーション
 () 介護予防通所リハビリテーション
 に係る記載事項 (介護老人保健施設)

(表)

管理者	(フリガナ) 氏名							(フリガナ) 住所	(郵便番号 -)					
	生年月日													
	管理の代行者が選任されている場合の職及び氏名	医師		理学療法士		(フリガナ) 氏名		作業療法士		専従の看護師				
施設の開設年月日	年		月		日									
利用定員 (同時に通所介護を受けることができる利用者数の上限)の合計							人							
実施単位数	単位													
施設と病院又は診療所との併設の有無	有・無													
専任の医師	常勤 (人)				併設の病院又は診療所との兼務の有無		有・無							
	非常勤 (人)				併設の病院又は診療所との兼務の有無		有・無							
食堂及びリハビリテーション専用の部屋等の面積合計							m ²							
単 位 別 (単 位 目)	従業者	区分	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員				介護職員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤 (人)												
		非常勤 (人)												
		常勤換算後の人数 (人)												
		※基準上の必要人数 (人)												
※適合の可否														
食堂及びリハビリテーション専用の部屋等の面積							m ²		※基準上の必要面積				※適合の可否	
利用定員	人													
営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間 の休日					
営業時間	平日	～		土曜		～		日曜日・祝日		～				
	備考													
利用料	法定代理受領分													
	法定代理受領分以外													
その他の費用														
通常の事業の実施地域	①	②		③		④		⑤						
	備考													

注 ※欄は記入しないこと。

(裏)

単位別 (単位目)	区分	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		看護職員				介護職員			
		専従		専従		専従		従事経験のある看護師		それ以外の看護師		介護職員			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
従業者	常勤(人)														
	非常勤(人)														
	常勤換算後の人数(人)														
	※基準上の必要人数(人)														
	※適合の可否														
食堂及びリハビリテーション専用の部屋等の面積	m ²						※基準上の必要面積				※適合の可否				
							m ² 以上								
主な 揭示 事項	利用定員	人													
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間 の休日					
	営業時間	平日		～				土曜		～		日曜日・祝日		～	
		備考													
	利用料	法定代理受領分													
		法定代理受領分以外													
	その他の費用														
通常の事業の 実施地域	①			②			③			④			⑤		
	備考														

注 単位数が2単位以上の場合に記入すること。